



รายได้ จำนวนเงินที่ท่านได้รับ (ก่อนหักภาษีและค่าอื่นๆ).

(ระบุนาทีต่อสิ่งปัจจัยเป็นรายได้ใน 30 มื้อที่ผ่านมา)

11	ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง	ราษฎร์ในครอบครัว	จำนวนเงินได้รับใน 30 มื้อที่ผ่านมา	คิดในครอบครัวเมื่อรับได้นี้?
12	จำนวนเงินที่ห้ามได้รับ 30 มื้อที่ผ่านมา ก่อนหักภาษีและค่าอื่นๆ: \$ _____ ในสิ่งที่ห้ามนี้ เงินที่ออกจากการแลกธนบัตรที่ได้ \$ _____	15 เงินอัลตราดอลลาร์ 16 เงินอัลตราดอลลาร์ 17 เงินสกุลเงินต่างประเทศ 18 เงินต่างประเทศ 19 รายได้จากการอพยพที่ห้ามออกเสีย/ สะดวกของชาวต่างด้าว 20 เงินนักศึกษา 21 เงินกินดองต่างประเทศ 22 เงินอัลตราดอลลาร์ของชาวต่างด้าว 23 อื่นๆ (ระบุรายการที่หาย)	\$ _____ \$ _____	
13	ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง	ราษฎร์ในครอบครัว	จำนวนเงินได้รับใน 30 มื้อที่ผ่านมา	คิดในครอบครัวเมื่อรับได้นี้?
14	จำนวนเงินที่เบิกจ่าย (ที่อัพเดตอื่นที่บ้าน) ให้รับใน 30 มื้อที่ผ่านมา ก่อนหักภาษีและค่าใช้จ่ายที่ห้าม: \$ _____ ในสิ่งที่ห้ามนี้ เงินที่ออกจากการแลกธนบัตรที่ได้ * \$ _____	24 ท่านต้องการให้ข้อมูลข้อความใดๆ ที่ต้องมี ที่ห้ามรับได้? ตามนี้ <input type="checkbox"/> บัญชี <input type="checkbox"/> ทุก “บัญชี” ระบุมาสิ่งใดก็ได้ที่ห้ามในเดือนที่ห้ามนำมีภาระทุนน้ำ.	24 ท่านต้องการให้ข้อมูลข้อความใดๆ ที่ต้องมี ที่ห้ามรับได้? ตามนี้ <input type="checkbox"/> บัญชี <input type="checkbox"/> ทุก “บัญชี” ระบุมาสิ่งใดก็ได้ที่ห้ามในเดือนที่ห้ามนำมีภาระทุนน้ำ.	

ข้อความที่ห้ามนำมายังบ้าน ให้บอกปักบันในสุขภาพ ให้บอกปักบันในสุขภาพทุกประการที่ต้องห้ามเมื่อเดินทาง.

25 A	ไม่ต้องเดินทางไปที่ท่านเข้าห้องน้ำในสุขภาพ มาก่อนแต่ละวัน? <input type="checkbox"/> บัญชี <input type="checkbox"/>	25 B	ท่าน “มี” ภาระที่ต้องเดินทางไปที่ห้องน้ำในสุขภาพ มาก่อนแต่ละวัน? <input type="checkbox"/> บัญชี <input type="checkbox"/>	26 A	ใช่เดือนที่ผ่านมา ถูกห้ามห้องน้ำในสุขภาพ ประจำเดือนที่ห้าม <input type="checkbox"/> บัญชี <input type="checkbox"/> ทุกเดือนที่ห้าม <input type="checkbox"/> บัญชี <input type="checkbox"/>	26 B	ท่าน “เคย” ถูกห้ามในสุขภาพที่ต้อง ประจำเดือนที่ห้าม <input type="checkbox"/> \$50 ต่อเดือนบ้าง? บัญชี <input type="checkbox"/> บัญชี <input type="checkbox"/>
27	ห้ามเดินทางไปที่ “บัญชี” ที่ต้องห้าม <input type="checkbox"/> b, 25 a หรือ b, 26 a หรือ b, ให้ระบุที่ “บัญชี” ที่ห้ามเดินทางไปที่ห้ามในสุขภาพทุกประการที่ต้องห้ามในเดือนที่ห้าม.						

ผู้ที่ห้ามเดินทางไปที่ “บัญชี” ที่ห้ามในสุขภาพ

ผู้ที่ห้ามเดินทางไปที่ “บัญชี” ที่ห้ามในสุขภาพ	<input type="checkbox"/> อาชญากรรมที่ห้ามเดินทางไปที่ “บัญชี” ที่ห้ามในสุขภาพ	<input type="checkbox"/> คิมโอลูน	<input type="checkbox"/> คิมดักลีอาวัฒน์ริวัน	<input type="checkbox"/> คิมริสแบบินก้า หลีอาติโน
	<input type="checkbox"/> ข่มเผ่าอาชาวดีที่อาชญากรรมที่ห้ามในสุขภาพ	<input type="checkbox"/> คิมพิวชา	<input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	
หมายเหตุ: ห้ามเดินทางไปที่ “บัญชี” ที่ห้ามในสุขภาพทุกประการที่ต้องห้ามในเดือนที่ห้าม ไม่ได้หมายความว่าห้ามเดินทางไปที่ “บัญชี” ที่ห้ามในสุขภาพทุกประการที่ต้องห้ามในเดือนที่ห้าม.				

ให้ต่อว่า “บัญชี” ที่ห้ามเดินทางที่จะเดินทาง

ในเดือนที่ห้ามเดินทางไปที่ “บัญชี” ที่ห้ามในสุขภาพทุกประการที่ต้องห้ามในเดือนที่ห้าม ห้ามเดินทางไปที่ “บัญชี” ที่ห้ามในสุขภาพทุกประการที่ต้องห้ามในเดือนที่ห้าม (CSO).

■ กิม DSHS อดีตหัวหน้าฝ่ายมนต์เสน่ห์ที่ห้ามเดินทางไปที่ “บัญชี” ที่ห้ามในสุขภาพทุกประการที่ต้องห้าม.

■ วัฒนธรรมของชาติที่ห้ามเดินทางไปที่ “บัญชี” ที่ห้ามในสุขภาพทุกประการที่ต้องห้าม (INS).

■ กิม DSHS อดีตหัวหน้าฝ่ายมนต์เสน่ห์ที่ห้ามเดินทางไปที่ “บัญชี” ที่ห้ามในสุขภาพทุกประการที่ต้องห้ามในเดือนที่ห้าม.

■ กิม DSHS อดีตหัวหน้าฝ่ายมนต์เสน่ห์ที่ห้ามเดินทางไปที่ “บัญชี” ที่ห้ามในสุขภาพทุกประการที่ต้องห้ามในเดือนที่ห้าม.

กิม DSHS อดีตหัวหน้าฝ่ายมนต์เสน่ห์ที่ห้ามเดินทางไปที่ “บัญชี” ที่ห้ามในสุขภาพทุกประการที่ต้องห้ามในเดือนที่ห้าม.

ข้อความที่ห้ามเดินทางไปที่ “บัญชี” ที่ห้ามในสุขภาพทุกประการที่ต้องห้ามในเดือนที่ห้าม ห้ามเดินทางไปที่ “บัญชี” ที่ห้ามในสุขภาพทุกประการที่ต้องห้ามในเดือนที่ห้าม.

ลาบเจ้นของผู้รับ

X

วันที่

วันที่ยื่น

ให้สั่ง: Dept. of Social and Health Services P.O. Box 45449 Olympia, WA 98504-5449	เพื่อรับทราบข้อมูล: ห้ามเดินทางไปที่ “บัญชี” ที่ห้ามเดินทางไปที่ “บัญชี” ที่ห้ามในสุขภาพทุกประการที่ต้องห้ามในเดือนที่ห้าม (1-877-KIDS-NOW.) (1-877-543-7669)
--	--



ໃບຄໍາຮ້ອງສໍາຮັບຂໍການຊ່ວຍການປະກັນໃພສູວະພາບແກ່ດັກ



ໃບຄໍາຮ້ອງນີ້ແນ່ນບໍ່ໃຊ້ສໍາຮັບຂໍການຊ່ວຍປະກັນໃພສູວະພາບແກ່ດັກແລະຊາວໝູນທີ່ມີອາຍຸຈຸດ 19 ປີທີ່ນັ້ນ. ຜູ້ໃດກ່າ່ສາມາດຮ້ອງວິແທນດັກໄດ້. ດັກກ່າ່ຈ້າກຮ້ອງວິເຕົາເອງໄດ້.

ພວກເຮົາຈະຈົ່ງຂ້າວ້ອ້ມືນທຶນຕາມຕັ້ງໝົງນີ້ໃຫ້ຄົນທີ່ມີຢູ່ໃຫ້ອງເລັກໝົງນັ້ນ. ຖ້າທ່ານມີຄ່າຖາມໃດໆແລະປາກໃຫ້ຊ່ວຍທີ່ນີ້ໃຫ້ຄໍາຮ້ອງນີ້, ພຽງແຕ່ໃຫ້ໃຫຍ່ເອກ

1-877-543-7669. ພວກເຮົາຕັ້ມໃຈຊ່ວຍທ່ານ!

ກະຊວງນາງຮູນເປັນຕົວພິມໃນນິກສຳດໍາລືສື່ຜົ່າ. ບໍ່ໃຫ້ຮູ່ຜົ່າແນ່ນ. (ໃຫ້ໃຊ້ຮູ່ຜົ່າແນ່ນ, ຜູ້ປິກຄອງ ຫລືຜູ້ຕິດຕໍ່ທີ່ເປັນຄົນຮັບຂ່າວ້ອ້ມືນທຶນຕາມ)

1	ຊື່ກິກ	ຊື່ກາງ	ນາມສະກຸນ		
2	ບ່ອນຢູ່ທີ່ທ່ານຢູ່	ຖົມນ	ເມືອງ	ຮັດ	ຊື່ບໍໂຄດ
3	ບ່ອນຢູ່ໄປສະນີ (ຖ້າແຕກຕ່າງກັນ)	ຖົມນ	ເມືອງ	ຮັດ	ຊື່ບໍໂຄດ
4	ເຄົາໄທຮະສັບຕ່າງໆ ບ້ານ () ບ່ອນຮັດວຽກ () ຝາກຄວາມ ()	5 ທ່ານນີ້ຄວາມຫຼັງບາກໃນການປາກ, ອ່ານ, ຫລືວຽນພາສາອ້າງກິດບໍ່? ເປັນພາສາໃດ ຫລືໃນຮູບແບບໜີ່ໃດທີ່ທ່ານຕ້ອງການ? ທ່ານຕ້ອງການນາຍພາສາບໍ່? (ຖ້າຢ່າງນັ້ນ, ພວກເຮົາຈະຄ່ອຍທ່ານຜ່ານນາຍພາສາ) ທ່ານປາກພາສາຫຍັງ? _____		ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/>	ຕ້ອງການ <input type="checkbox"/> ຕ້ອງການ <input type="checkbox"/>
6		ມີດັກອາຍຸຈຸດ 19 ປີທີ່ນີ້ຄວາມຫຼັງການໆປະຍາບານດ່ວນບໍ່? ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານມີຄົນຖື່ນາບໍ່? ຖ້າ “ມີ”, ແມ່ນໃຜ? _____		ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/>	

ຂ່າວ້ອ້ມືນທີ່ວ່າໄປ

7 ໃຫ້ໄລ່ຊື່ສະມາຊີກຄອບຄົວທຸກຄົນທີ່ຢູ່ຮ່ວມກັນ (ຖ້າຈໍາເປັນ, ໃຫ້ໃຊ້ເຈັດຕື່ມື່ນເພື່ອຂອງນີ້ສະມາຊີກຄອບຄົວທຸກຄົນເພີ່ມ.)

ຊື່ (ຊື່ກິກ, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ຄວາມສໍາພັນ ຕໍ່ທ່ານ	ວັນເດືອນປີເກີດ (ເດືອນ, ວັນທີ, ປີ)	ເລັກປະກັນ ສ້າງຄົມ (ໄຊໄຊ) * = ເລືອກໄດ້	ເພດ ຍາຍ ພິງ	ເປັນສັນຊາດ ອະນະຮີກັນ ແມ່ນ ພິ່ນ	ຖ້າດັກບໍ່ເປັນ ສັນຊາດອະນະຮີກັນ, ໃຫ້ຕື່ມື່ນ
A. ຜົ່າແນ່ນ, ຜູ້ປິກຄອງ, ຫລືຕິດຕໍ່ເອງ			*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ດັກນີ້ເອກະສານ ແຈ້ງຖານະ ປະຊາບຸນບໍ່? ມີ ບໍ່ມີ
B. ຜົ່າແນ່ນທີ່ບໍ່ມີຄົນຢູ່ນີ້ (ຖ້າຢູ່ໃນເຮືອນດຽວກັນ)			*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
C. ໃຫ້ລົງຊື່ຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍ່ ດັກນັບອບໃນເຮືອນທຸກຄົນ (ຜູ້ທີ່ຕ້ອງການປະກັນໃນສູວະພາບ)				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
D.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
E.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
F.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
G. ໃຫ້ລົງຊື່ຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍ່ ດັກນັບອບໃນເຮືອນທຸກຄົນ (ຜູ້ທີ່ຕ້ອງການປະກັນໃນສູວະພາບ)			*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ໝາຍເຫດ: ກະຊວງນາກິດຂັດເອກະສານ ທີ່ສະແດງຖານະການເປັນປະຊາຊົນ ຂອງດັກໄປຜ້ອມ.
8 ດັກທີ່ອາຍຸຈຸດ 19 ປີໃນຄອບຄົມມ່ນຄົນພິການຫລືບໍ່?	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/>	ຖ້າ “ແມ່ນ”, ແມ່ນໃຜ _____	*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

ຮາບຈ່າຍຕ່າງໆ ຂໍ້ມັນນັ້ນຊ່ວຍດັກຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ.

9 ທ່ານຈ່າຍຄ່າຝາກດັກບໍ່ ໃນຕາມທີ່ທ່ານຮັດວຽກບໍ່? ທ່ານຈ່າຍໃຫ້ຄົນໜີ່ນີ້ດູແຈຜູ້ໃຫຍ່ບ່າຍໃນບັນທຶກບໍ່?	ຈ່າຍ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຈ່າຍ <input type="checkbox"/> ຖ້າ “ຈ່າຍ” ຈ່າຍເດືອນລະຫໍ່ໄດ້? \$ _____
10 ທ່ານໄດ້ຈ່າຍຄ່າຝາກດັກຕາມຄໍາສັ່ງຂອງສານໃນຫວຼາມທີ່ທ່ານຮັດວຽກບໍ່?	ຈ່າຍ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຈ່າຍ <input type="checkbox"/> ຖ້າ “ຈ່າຍ” ຈ່າຍເດືອນລະຫໍ່ໄດ້? \$ _____